様式第１号（第１関係）

お試しサテライトオフィス

利　用　申　込　書

年　　月　　日

厚真町長　　　　　　　　様

住所

申込者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり、お試しサテライトオフィスの利用を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　役職名 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　役職名 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　役職名 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　役職名 |
| 利用者の  連絡先 | 氏名（連絡先代表者） |
| 電話番号（携帯番号） |
| E-mail |
| 利用期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで　（　　　日間） |
| 利用目的及び利用の内容 | 利用目的 |
| 利用の内容 |
| 備考 |  |

※申込にあたっての注意事項

１．利用期間が１週間を超える場合、別途利用料金が発生します。

２．欄が足りない場合はコピーしてお使いください。